

# MORBIMORTALIDADE NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE UM HOSPITAL PÚBLICO

---

## MORBIMORTALITY IN AN INTENSIVE CARE UNIT OF A PUBLIC HOSPITAL

---

## MORBIMORTALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Fernanda Queiroz<sup>1</sup>  
Delane Rego<sup>2</sup>  
Giovani Nobre<sup>3</sup>

Este estudo teve como objetivo identificar o perfil de morbimortalidade na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público no Nordeste do Brasil, visando promover o planejamento adequado das ações no setor. Pesquisa descritiva analítica, longitudinal com abordagem quantitativa, cujas fontes de busca de dados foram o livro de registro e prontuários para coletar informações sobre sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação e morte. A investigação teve duração de um ano (agosto de 2011 a julho de 2012) e foram incluídos pacientes internados entre janeiro de 2011 e abril de 2012, perfazendo 371 usuários. Os resultados apontam a necessidade de investir no controle e tratamento de infecções hospitalares que culminam em sepse para redução de óbitos na unidade. Concluiu-se que os profissionais intensivistas podem atuar na perspectiva de melhorar a assistência prestada, com base no conhecimento do perfil epidemiológico da população e no aperfeiçoamento da qualidade do cuidado prestado cotidianamente.

**PALAVRAS-CHAVE:** Assistência à saúde. Epidemiologia. Terapia intensiva.

*This paper aimed to identify the profile of morbimortality of an intensive care unit of a public hospital in the northeast of Brazil, focusing on promoting the adequate planning of the procedures in the institution. This is a longitudinal, descriptive and analytical research using a quantitative approach, whose search tools comprised of the medical record books to collect data about sex, age, diagnosis, length of stay and death. The survey lasted one year (August 2011 to June 2012) and also had some patients admitted between January 2011 and April 2012, totalizing 371 users. The results point out to the need to invest in the control and treatment of hospital infections, which culminate in sepsis in order to decrease the mortality in the unit. It was concluded that intensive care professionals may act under the perspective of improving the assistance delivered, based on the previous knowledge of the epidemiological profile of the population and at the perfectioning of their daily care delivered.*

**KEY WORDS:** Healthcare. Epidemiology. Intensive care.

*Este estudio objetivó identificar el perfil de morbimortalidad en la Unidad de Cuidados Intensivos de un hospital público en el Nordeste de Brasil, visando promover la planificación adecuada de las acciones en el sector. Investigación descriptiva analítica, longitudinal con enfoque cuantitativo, cuya recolecta de datos se hizo a través de archivos y libros de registro de pacientes, obteniendo informaciones sobre sexo, edad, diagnóstico, período de hospitalización y muerte. La investigación duró un año (agosto de 2011 a julio de 2012) y se incluyeron pacientes hospitalizados*

---

<sup>1</sup> Acadêmica do Curso de Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). fequeirozenf@hotmail.com

<sup>2</sup> Cirurgiã-dentista. Doutora. Professora Associada IV da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). regodelane@gmail.com

<sup>3</sup> Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (DINTER UFRN/UERN). Professor da UERN. giovaniipits@ig.com.br

*entre enero de 2011 y abril de 2012, totalizando 371 usuarios. Los resultados indican la necesidad de invertir en control y tratamiento de las infecciones hospitalarias, que culminan en sepsis, para reducir los óbitos en la unidad. Se concluye que los profesionales intensivistas pueden mejorar la asistencia ofrecida, basados en el conocimiento del perfil epidemiológico de la población y en la mejora de la calidad de la atención que ofrecen cotidianamente.*

*PALABRAS-CLAVE: Asistencia a la salud. Epidemiología. Cuidados Intensivos.*

## INTRODUÇÃO

Com a ascensão da globalização e o desenvolvimento tecnológico tanto o modo de viver bem como a expectativa de vida do ser humano mudou e, somado a isto, transformou-se também o perfil de adoecimento e mortalidade da população. No novo cenário mundial, as doenças crônico-degenerativas ganham destaque especial, superando as patologias infectocontagiosas que assombraram a humanidade por muitos anos. Os hospitais acompanharam de perto essas transformações e, como alternativa para tratar os novos problemas de saúde, adquiriram conhecimentos e técnicas reunidos num único setor hospitalar, as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que se apresentam como uma opção para abordagem do paciente gravemente doente (MORITZ; BEDUSCHI; MACHADO, 2008).

Esse setor é destinado ao atendimento de pacientes graves ou de risco, potencialmente recuperáveis, que demandam assistência médica ininterrupta, com o apoio de uma equipe de saúde multiprofissional e recursos humanos especializados, além de equipamentos de alta tecnologia. Atualmente, tem recebido pacientes cada vez mais debilitados, com idade avançada e doenças crônicas agudizadas que exigem tratamentos complexos e fazem das UTIs um problema de saúde pública em decorrência da grande demanda populacional, da escassez de leitos e de recursos, bem como dos custos elevados com cuidados à saúde devido ao tempo prolongado de permanência no setor (FREITAS, 2010).

Estudo realizado por Nogueira et al. (2012) demonstrou que a média de idade dos pacientes internados em UTIs públicas e privadas de São Paulo foi de 60,76 anos. Apontou também que o tempo de permanência nesse setor hospitalar foi de 9 dias, evidenciando a transição demográfica

vivenciada pela sociedade brasileira no contexto atual e apontando para a necessidade de adequação do Sistema Único de Saúde (SUS) em dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população.

Além disso, é crucial que a equipe de saúde busque conhecer o perfil epidemiológico do universo assistido em virtude do aumento significativo do número de pacientes críticos admitidos nessas unidades e, conseqüentemente, a necessidade de caracterizá-los para uma distribuição mais precisa de recursos humanos e materiais, visando à melhoria da qualidade da assistência prestada (NOGUEIRA et al., 2012). Com base nesse pressuposto, é de suma importância que os profissionais da saúde trabalhem na perspectiva de atender às reais necessidades dos usuários com os quais lidam com o objetivo duplo de reduzir os gastos e prestar uma assistência à saúde mais humana e qualificada.

Em determinadas regiões do país, em razão da grande desigualdade social e da precariedade das condições de vida e dos serviços de saúde, a assistência ao usuário é severamente comprometida, podendo resultar em agravamento do perfil de morbimortalidade da população. Partindo dessa premissa, formularam-se alguns questionamentos principais: A organização dos serviços da UTI está influenciando no prognóstico dos usuários? O perfil epidemiológico deste serviço é compatível com o das demais unidades do país?

O presente estudo teve como objetivo identificar o perfil de morbimortalidade na UTI do Hospital Cleodon Carlos de Andrade, construído por meio da avaliação dos diagnósticos dos pacientes ali internados com vistas a identificar como se apresenta essa realidade nesse contexto e promover o planejamento adequado das ações no setor.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo descritivo analítico e longitudinal com abordagem quantitativa, de pacientes adultos internados na UTI do Hospital Cleodon Carlos de Andrade (HCCA), localizado no município de Pau dos Ferros, Rio Grande do Norte, Brasil. Utilizou-se como fonte de dados o livro de registro e os prontuários dos pacientes para a coleta de informações sobre sexo, idade, diagnóstico, tempo de internação e desfecho quanto à alta hospitalar (óbito ou não). Foram incluídos no estudo os pacientes internados no respectivo setor no período de janeiro de 2011 a abril de 2012, perfazendo um total de 371 usuários. O programa IBM SPSS Statistics® foi utilizado para realizar a estatística descritiva e inferencial dos dados. Para a análise das variáveis quantitativas idade *versus* tempo de internação, utilizou-se a correlação de Pearson, admitindo como valor de significância  $p < 0,05$ .

Para a análise de diferenças significativas entre idade e tempo de internação *versus* óbito, foi utilizado o teste de Mann-Whitney, admitindo como valor de significância  $p < 0,001$ . Os demais dados que caracterizam a amostra foram apresentados em forma de tabelas e gráficos com base na estatística descritiva. A pesquisa teve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte pelo Parecer substanciado n. 128/11.

## RESULTADOS

Durante o período de 15 meses, 371 pacientes foram admitidos na UTI. Com relação ao gênero, 180 dentre os pacientes internados eram mulheres e 191 eram homens, portanto, com predominância do sexo masculino. No que se refere à idade (Tabela 1), obteve-se uma média que classifica o usuário num perfil de terceira idade.

**Tabela 1** – Idade e tempo de internação dos pacientes internados na UTI – Pau dos Ferros (RN), Brasil – jan. 2011-abr. 2012

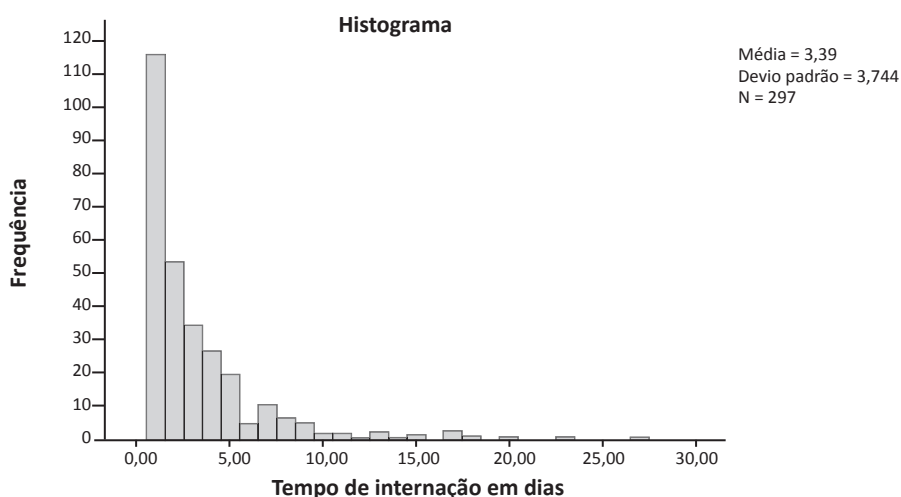
Variável	Média	Mediana	Modo	Erro padrão	Mínimo	Máximo
Idade	64,789	69	69	19,5898	13	100
Tempo de internação	3,3939	2	1	3,74387	1	27

Fonte: Elaboração própria.

No que concerne à permanência no setor, o tempo médio de internação foi de três dias (Gráfico 1). Este dado difere do referenciado em investigação realizada por A.B. Oliveira et al. (2010) em hospital de Campinas que apontou o

tempo médio de permanência na UTI de  $8,2 \pm 10,8$  dias. Resultado semelhante é compartilhado em estudo realizado por Silva et al. (2012) em UTIs públicas e privadas de São Paulo, onde se obteve a média de 8,9 dias de internação.

**Gráfico 1** – Tempo de internação em dias na UTI – Pau dos Ferros (RN), Brasil – jan. 2011-abr. 2012



Fonte: Elaboração própria.

No que diz respeito ao motivo de saída dos usuários, observou-se que 40,9% dos pacientes foram transferidos para outro setor do hospital, 7,3% para outra cidade, 30,2% foram a óbito e apenas 8,4% receberam alta da UTI. Já em relação ao desfecho final, 56,6% dos usuários permaneceram vivos, 30,2% faleceram e 13,2% apresentaram informação de desfecho ausente.

Buscou-se descobrir ainda a existência de diferença entre as variáveis quantitativas idade

e tempo de internação e a variável qualitativa óbito, intencionando desvendar se interferem no desfecho final do paciente (óbito ou não). Na primeira análise (Tabela 2), idade *versus* desfecho morte, pelo valor de  $p (<0,001)$ , verificou-se que há diferença significativa entre a idade do paciente e o desfecho morte, sendo a terceira idade, portanto, uma condição fortemente atrelada e interferente na evolução do paciente.

**Tabela 2** – Pacientes que foram a óbito segundo idade em anos – Pau dos Ferros (RN), Brasil – jan. 2011-abr. 2012

Média de Idade	Pacientes que foram a óbito	N	Mann-Whitney U	Wilcoxon W	Z	Valor de p
72,218	Sim	110	7637,500	29373,500	–	0,000
69,614	Não	208	–	–	4,877	–
	Total	318	–	–	–	–

Fonte: Elaboração própria.

Nota: Sinal convencional utilizado:

– Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Na segunda análise, tempo de internação *versus* desfecho morte, também pelo valor de  $p (<0,001)$ , verificou-se que há diferença entre a quantidade de dias que o paciente permanece internado na UTI e o seu desfecho final, ocorrendo íntima relação entre ambas.

Em decorrência das informações encontradas, buscamos ainda descobrir se a variável idade interfere ou não na quantidade de dias em que o paciente permanece internado na UTI. Para tanto, a aplicação do teste estatístico de Pearson permitiu observar-se que não houve correlação entre idade e tempo de internação.

As principais patologias que determinaram a admissão dos pacientes na UTI não obedecem à mesma ordem quando se trata das principais doenças que os levaram a óbito. Isto é notório quando se observa que o Infarto Agudo do Miocárdio é a principal causa de internação (Gráfico 2), porém, quando se trata de morte, a sepse (Gráfico 3) é severamente fatídica, levando a óbito 70% dos usuários que foram acometidos por ela. Vale salientar que a sepse constitui motivo de grande preocupação para

os profissionais intensivistas, por ser a principal causa de morte em UTIs; ocupa lugar de destaque entre os óbitos, apresentando números significativos e equivalentes às mortes causadas por doenças cardiovasculares e outras, como câncer e a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). (PENINCK; MACHADO, 2012).

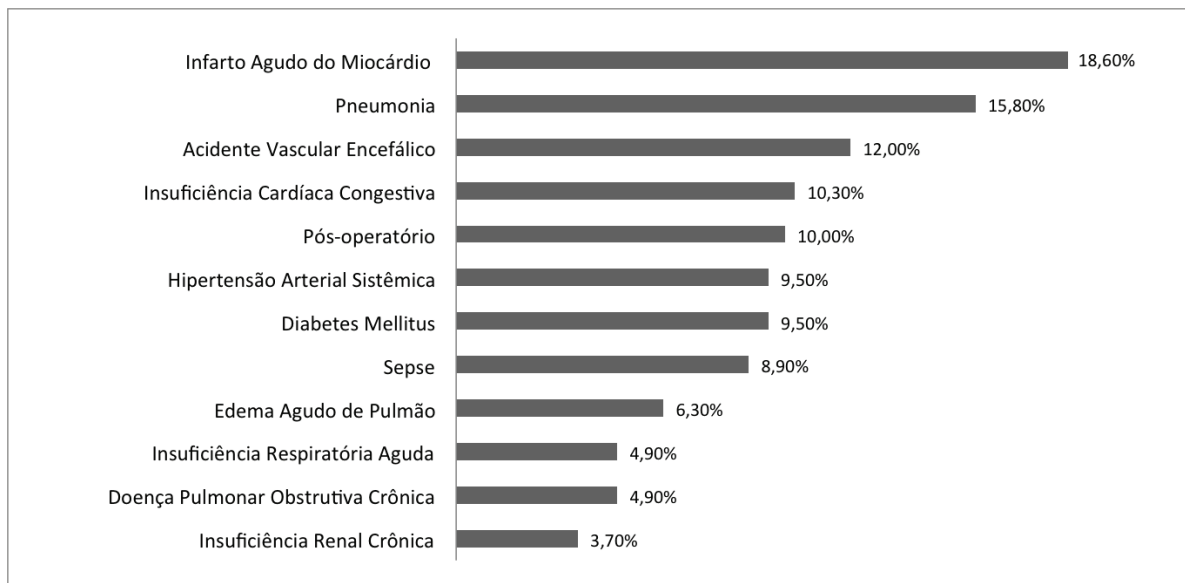
As diretrizes internacionais para tratamento de sepse grave e choque séptico, lançadas em 2012 pela campanha Sobrevivendo à Sepse, trouxeram recomendações cruciais no tocante à redução da mortalidade pela doença com base na terapia clínica. Dentre as principais propostas, destacam-se: triagem rotineira de pacientes com doenças graves com potencial para desenvolvimento de infecção; identificação precoce da sepse, visando a realização da terapia, para a redução da mortalidade pela doença; redução do tempo para fechamento do diagnóstico, objetivando impedir a progressão da patologia e, conseqüentemente, a morte por disfunção múltipla de órgãos; obtenção de culturas que auxiliem na confirmação da infecção, bem como na identificação do patógeno. É importante salientar

que a cultura deve ser obtida preferencialmente antes da administração de terapia antimicrobiana, para que seja possível adequar o tratamento de acordo com o micro-organismo presente, proporcionando maior eficiência e redução de resistência microbiana. Se isto não for possível, o tratamento medicamentoso empírico deverá incluir fármacos que tenham amplo espectro de ação contra todos os possíveis patógenos. Além disto, é imprescindível que o controle do foco

infeccioso ocorra dentro das primeiras 12 horas e é preciso que se mantenha vigilância em relação às práticas de controle de infecções hospitalares, como a lavagem das mãos e o suporte ventilatório (DELLINGER et al., 2013).

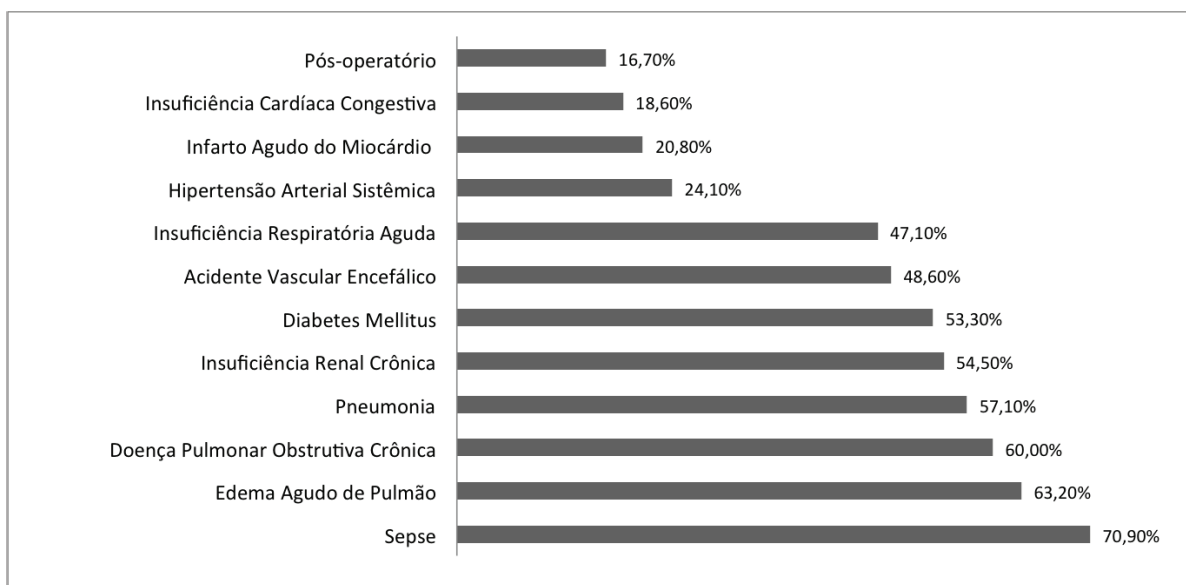
Nesta perspectiva, faz-se imprescindível realizar o diagnóstico, bem como o tratamento precoce, a fim de diminuir suas consequências (JUNCAL et al., 2011).

**Gráfico 2** – Principais causas de internação – Pau dos Ferros (RN), Brasil – jan. 2011-abr. 2012



Fonte: Elaboração própria.

**Gráfico 3** – Média de óbito em relação às principais causas de internação – Pau dos Ferros (RN), Brasil – jan. 2011-abr. 2012



Fonte: Elaboração própria.

## DISCUSSÃO

A predominância do gênero masculino neste estudo é consonante com resultado encontrado em estudo realizado por Schein e Cesar (2010) no município de Rio Grande. A ineficiência das políticas específicas para a saúde do homem pode ter influência no adoecimento masculino.

A média de idade encontrada é semelhante à constatada por Freitas (2010). Se, por um lado, as melhorias nas condições de moradia, saúde, saneamento e educação trouxeram benefícios, aumentando a expectativa de vida das pessoas, por outro, a população idosa, cada vez mais fragilizada, necessita, com maior frequência, dos serviços, culminando em internações prolongadas e elevados gastos com saúde (OLIVEIRA, V. et al., 2011). Isto significa dizer que as alterações anatomofisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento afetam a evolução das patologias e deixam os idosos mais susceptíveis à contração de doenças, requerendo assistência diferenciada (OLIVEIRA, V. et al., 2011).

O tempo médio de internação encontrado foi de 3 dias, divergindo dos estudos de Freitas (2010), Nogueira et al. (2012), A.B. Oliveira et al. (2010), V. Oliveira et al. (2011), Schein e Cesar (2010), Silva et al. (2012), Silva, Sousa e Padilha (2011), que apresentaram médias de dias de internação que variaram entre 6 e 23 dias e para o qual se acredita estar relacionado tanto com a gravidade do paciente no momento de entrada como com a qualidade do serviço em virtude da precariedade do setor. O SUS brasileiro tem a universalidade como princípio básico norteador, que consiste em garantir aos usuários direitos fundamentais de acesso ao serviço, no tocante à quantidade e qualidade, sendo consonante com o grau de necessidades de uma determinada população. Neste sentido, as desigualdades sociais em saúde desempenham papel preponderante, uma vez que, mesmo com a progressiva expansão do SUS, ainda existem desigualdades de cobertura, principalmente em relação aos municípios de médio e pequeno porte, que são dissipados pelos grandes centros, onde há maior

concentração de recursos e de profissionais (SOUSA; MERCHÁN-HAMANN, 2009).

Observou-se também que um elevado número de pacientes permaneceu internado na UTI por apenas 24 horas (Gráfico 1). Tais eventos podem ser explicados por algumas razões: a primeira delas diz respeito ao quadro clínico do sujeito no momento da admissão, encontrando-se, na maioria das vezes, em estado tão crítico que não consegue sobreviver por um período superior a 24 horas; a segunda razão diz respeito às limitações estruturais e físicas da unidade que, por disponibilizar somente serviços básicos, encaminha toda a demanda de alta complexidade para outras cidades.

O tempo de internação *versus* desfecho (óbito ou não) apresentou uma diferença significativa, mostrando que a quantidade de dias que o paciente permanece internado no setor, sob cuidado intensivo de saúde, é fator crucial e interfere na evolução do usuário. O mesmo achado é compartilhado em estudo realizado em UTIs públicas e privadas de São Paulo, evidenciando que existe estreita relação entre tempo de internação prolongado e gravidade dos pacientes (SILVA; SOUSA; PADILHA, 2011).

Já para a análise das variáveis idade *versus* tempo de internação, observou-se que não houve correlação entre elas e que este acontecimento remete ao fato de que o paciente idoso pode recuperar-se tão bem e tão rápido quanto um paciente jovem, desde que bem assistido. Isso implica dizer que a mortalidade não está associada somente à idade do usuário, mas também a outros fatores, como a presença de comorbidades, sua condição clínica e a qualidade da assistência prestada, dentre outros. Nesse sentido, a faixa etária maior não se associa à permanência prolongada e não constitui fator essencial para os desfechos desagradáveis da assistência intensiva (OLIVEIRA, V. et al., 2011).

Dos 371 pacientes, 30,2% faleceram durante a permanência na UTI. Desse modo, o diagnóstico precoce, o tratamento e a monitorização contínua representam práticas essenciais para reduzir a mortalidade e garantir a sobrevivência do usuário. Ressalta-se que a mortalidade é um importante

indicador da qualidade da assistência prestada e deve ser considerada pela equipe multiprofissional, a fim de que haja articulação entre serviço e clientela (OLIVEIRA, V. et al., 2011). No tocante à equipe multidisciplinar, enfatiza-se especialmente o profissional de enfermagem, parte integrante e indispensável da equipe que, no ambiente intensivo, desempenha funções ligadas ao cuidado do doente crítico relacionadas não apenas ao manuseio do arsenal tecnológico como também ao domínio de conhecimentos e técnicas que visam atender as necessidades do paciente (CENEDÉSI et al., 2012).

Diante das informações obtidas, destaca-se a organização dos serviços da UTI como condição fundamental para que se possa dar suporte e garantir a sobrevivência do usuário, independente do diagnóstico. Tão importante quanto a aplicação de recursos em novos tratamentos e tecnologia de ponta nessas unidades é o conhecimento de dados epidemiológicos da clientela atendida, bem como um reajuste da atuação multiprofissional na UTI, constituindo uma necessidade que se impõe, a fim de tornar a assistência mais resolutiva.

## CONCLUSÃO

O estudo do perfil de morbimortalidade na Unidade de Terapia Intensiva de um hospital público no Nordeste do Brasil, visando promover o planejamento adequado das ações no setor, possibilitou-nos identificar que os diagnósticos predominantes no momento de admissão foram o infarto agudo do miocárdio, pneumonia, acidente vascular encefálico e insuficiência cardíaca congestiva. Os óbitos predominaram em pacientes com sepse, edema agudo de pulmão, doença pulmonar obstrutiva crônica, pneumonia e insuficiência renal crônica.

Esses resultados apontam a indispensabilidade de a UTI estudada promover o planejamento apropriado do cuidado prestado no setor em consonância com as necessidades apresentadas pelos usuários e de acordo com o perfil epidemiológico a fim de desenvolver maior controle e tratamento sobre as infecções que levam à sepse,

objetivando reduzir os óbitos por essa causa na unidade.

Concluiu-se que os profissionais intensivistas podem atuar na perspectiva de melhorar a assistência prestada, com base no conhecimento do perfil epidemiológico da população e no aperfeiçoamento da qualidade do cuidado prestado no cotidiano.

## AGRADECIMENTOS

À direção do Hospital Cleodon Carlos de Andrade, por nos permitir executar a pesquisa, bem como à equipe de profissionais da Unidade de Terapia Intensiva, pela contribuição na coleta dos dados.

## REFERÊNCIAS

- CENEDÉSI, Micheli G. et al. Funções desempenhadas pelo enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 92-102, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/21/17>>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- DELLINGER, R. Phillip et al. Campanha de sobrevivência à sepse: diretrizes internacionais para o tratamento de sepse grave e choque séptico: 2012. *Critical Care Medicine*, Mount Prospect, EUA, v. 41, n. 2, art. esp., p. 1-58, 2013. Disponível em: <<http://www.survivingsepsis.org/SiteCollectionDocuments/Guidelines-Portuguese.pdf>>. Acesso em: 30 out. 2013
- FREITAS, Eliane R.F.S. Perfil e gravidade dos pacientes das unidades de terapia intensiva: aplicação prospectiva do escore APACHE II. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 317-323, maio/jun. 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4157/5113>>. Acesso em: 2 abr. 2013
- JUNCAL, Verena R. et al. Impacto clínico do diagnóstico de sepse à admissão em UTI de um hospital privado em Salvador, Bahia. *J. Bras. Pneumol.*, Brasília, v. 37, n. 1, p. 85-92, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v37n1/v37n1a13.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.
- MORITZ, Rachel D.; BEDUSCHI, Guilherme; MACHADO, Fernando O. Avaliação dos óbitos ocorridos no hospital universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). *Rev. Assoc. Médica Bras.*, São Paulo, v. 54, n. 5, p. 390-395, 2008. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n5/a09v54n5.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

NOGUEIRA, Lilia S. et al. Características clínicas e gravidade de pacientes internados em UTIs públicas e privadas. *Texto & Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 59-67, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a07v21n1.pdf>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

OLIVEIRA, Ana Beatriz F. et al. Fatores associados à maior mortalidade e tempo de internação prolongado em uma unidade de terapia intensiva de adultos. *Rev. Bras. Ter. Intensiva*, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v22n3/06.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

OLIVEIRA, Verônica C.R. et al. Evolução clínica de adultos, idosos e muito idosos internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 6, p. 1344-1354, nov./dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt\\_10.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n6/pt_10.pdf)>. Acesso em: 10 abr. 2013.

PENINCK Paula P.; MACHADO, Regimar C. Aplicação do algoritmo da sepse por enfermeiros na unidade de terapia intensiva. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 13, n. 1, p. 187-199, 2012. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/30/26>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SCHEIN, Luiz Eduardo C.; CESAR, Juraci A. Perfil de idosos admitidos em unidades de terapia intensiva gerais em Rio Grande, RS: resultados de um estudo de demanda. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 1-10, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/11.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

SILVA, Lilian C. et al. Desempenho de índices de gravidade para estimar risco de morte em Unidades de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 844-848, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reensp/v46n4/09.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

SILVA, Maria Claudia M.; SOUSA, Regina M.C.; PADILHA, Katia G. Fatores associados ao óbito e a readmissão em Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Latino-Am. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, p. 911-919, jul./ago. 2011. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4395/5729>>. Acesso em: 2 abr. 2013.

SOUSA, Maria Fátima; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Saúde da Família no Brasil: estratégia de superação da desigualdade na saúde? *Physis Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 711-729, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v19n3/a09v19n3.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

Submetido: 20/7/2013

Aceito: 19/11/2013